

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は次の者

住所 _____

氏名 _____ 委任者との関係 _____

を代理人（受任者）と定め、 _____ に関する下記の権限を委任します。

（療養費、食事療養差額、移送費等の別）

記

（①～③のいずれか一つを丸で囲んでください。）

①申請に関すること。
（マイナンバーの提供を含む）

②受領に関すること。

③申請及び受領に関すること。
（マイナンバーの提供を含む）

年 月 日

委任者

住所 _____

氏名 _____

連絡先電話番号 _____

以上